КЪ ВОПРОСУ О ВЫРѢЗАНІИ РАКА ЯЗЫКА.

В. М. Зыкова.

(Ассист. госпит. хирург. клин. проф. *Л. Л. Левшина*).

По *Wölfler*'у [1]) ракъ языка встрѣчается чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщ. Все теченіе его съ начала заболѣванія до смерти больного считается приблизительно равнымъ году. Боли, невозможность говорить, распадъ, изъязвленіе, кровотеченіе — все это въ высшей степени отягощаетъ жизнь подобнымъ больнымъ. Лѣченіе пока единственно оперативное, хотя % полнаго вызд. при этомъ не особенно великъ. Такъ, на основаніи общей статистики 9 авторовъ (*Steiner*'а, *Krause*'а, *Butlin*'а, *König*'а, *Sachs*'а, *Wolfler*'а, *Büdinger*'а, *Meyer*'а и *Binder*'а [2]) оказывается, что вполнѣ выздоравливаетъ послѣ операціи только 13%, слѣд. въ 87 случ. изъ 100 оперированныхъ наступаетъ возвратъ, а если мы припомнимъ, что возвраты могутъ наступать черезъ 2, 7 и даже 10 лѣтъ, то и эти 13% значительно уменьшатся. Однако у разныхъ авторовъ эта статистика, конечно, колеблется; такъ, изъ клиники *Trendelenburg*'а возвраты получились въ 80,4%, *Billroth*'а—83,4%, Гейдельбергской—75%, у *Küster*'а—68,1% и наконецъ у *Kocher*'а—въ 65,7% [3]).

Но надо признать, что въ настоящее время, благодаря болѣе правильному оперированію раковыхъ опухолей *вообще* % окончательнаго вызд. весьма быстро сталъ увеличиваться.

Что же касается до смертности при операціяхъ по поводу рака языка, то послѣдняя колеблется, по *Volkmann*'у, *Kocher*'у и друг., отъ 5,7%—7,1% [4]).

Съ вопросомъ объ удаленіи языка тѣсно связаны тѣ разстройства, которыя должны быть предполагаемы при полномъ

---

1) *Wölfler*. Arch. f. klin. Chir. Bd. 26, S. 314—326.

2) Прив. по *Küttner*'у. Beitr. z. klin. Chir. 1898, S. 732.

3) Прив. по *Mikulicz*. Krankheiten des Mundes.

4) Handbuch. d. praktischen Chirurgie. Liefer. 15, 1900. S. 1052.



отсутствіи этого органа. Казалось бы, что предлагая больному полное иссѣченіе языка, мы обрекаемъ послѣдняго на молчаніе, лишаемъ его вкусовыхъ ощущеній, затрудняемъ питаніе, однако наблюденіе и опытъ показываютъ, что дѣло стоитъ далеко не такъ. Что касается до разстройства вкусовыхъ ощущеній, то, по изслѣдованіямъ *Thiery* [1]), губы, десны, внутр. поверхность щекъ и все твердое нёбо совершенно не снабжены вкусовыми приборами. Тогда какъ изслѣдованіе мягкаго нёба и дужекъ указало, что при воздѣйствіи на нихъ различными веществами изслѣдуемые больные получали ощущеніе горькаго, сладкаго, кислаго, вина и т. д. Нашъ больной также довольно точно различаетъ вкусъ подобнаго рода растворовъ.

Далѣе просматривая клиническія наблюденія, мы находимъ, что больные при жеваніи и глотаніи пищи довольно легко обходились безъ языка; такъ, больной *Landi* черезъ день послѣ операціи могъ уже глотать воду. Впослѣдствіи, когда онъ пилъ большія количества жидкости сразу, то только при послѣднемъ глоткѣ ему было необходимо откидывать голову нѣсколько кзади. Что касается до твердой пищи, то, измельчивъ послѣднюю зубами и съ помощію губъ и превративъ въ полумягкую массу, онъ помѣщалъ ее посрединѣ полости рта и затѣмъ, беря новую порцію, проталкивалъ ею первую и такимъ образомъ пищевая масса попадала въ глотку и проталкивалась. Наконецъ, по описанію *Nunneley* и *Paget*'а [2]) глотаніе у оперированныхъ имъ больныхъ было настолько свободно, что можно было бы думать, что до тѣхъ поръ языкъ для этихъ больныхъ былъ совершенно излишнимъ.

Однако дѣло невсегда стоитъ такъ: существуетъ много сообщеній, гдѣ больные, особенно въ первое время глотали даже жидкую пищу съ весьма большимъ трудомъ. Проглядывая исторіи болѣзни описанныхъ случаевъ, приходится отмѣтить, что наибольшее число такихъ осложненій падаетъ на тѣхъ больныхъ, которые были оперированы по способамъ, нарушающимъ цѣлость дна полости рта (*Regnoli*, *Kocher*'а) или хотя и въ меньшемъ числѣ на тѣхъ больныхъ, которые были оперированы съ разсѣченіемъ нижней челюсти, причемъ, какъ всѣмъ извѣстно, цѣлость мышцъ, составляющихъ дно полости рта также въ значительной степени нарушается, а сращенія распиленной челюсти, несмотря на разныя видоизмѣненія (замокъ и т. д.), часто не наступаетъ.

Что касается до нашего больного, то пока (черезъ 3 недѣли

---

[1]) *Thiery*. Прив. по *O. Ehrmann*. Beitr. z. klin. Chir. 1894.
[2]) [illegible]

послѣ операціи) онъ ѣстъ еще только полужидкую и полутвердую пищу.

Указаніе на возможность рѣчи при потерѣ языка мы находимъ почти полторы тысячи лѣтъ назадъ; такъ *Hunerich* [1]), Вандальскій король отрѣзалъ языки христіанамъ, и несмотря на это нѣкоторые изъ нихъ всетаки продолжали свою миссіонерскую дѣятельность и говорили проповѣди. Конечно это приписывали особому чуду. Болѣе точныя указанія относительно этого вопроса встрѣчаются въ дис. *Aurran*'а [2]), написанной на латинскомъ языкѣ въ 1766 г., въ которой разсказывается о дѣвушкѣ, потерявшей часть языка послѣ оспы и, несмотря на это, говорившей. Свою обстоятельную работу этотъ старинный авторъ заключаетъ слѣд. словами, въ которыхъ звучитъ нѣкоторое сожалѣніе: Non mirum elinguis mulier quod verba loquatur; mirum cum lingue quod taceat mulier.

Чѣмъ же объясняется эта способность къ рѣчи, сохраняющаяся и послѣ удаленія языка? Какъ извѣстно воздушный каналъ, лежащій выше голосовыхъ связокъ и состоящій изъ верхняго отдѣла гортани, зѣва, полости носа и, наконецъ, полости рта представляетъ собой то, что въ инструментахъ называется „надставной трубкой“. Въ этой послѣдней совершаются извѣстныя движенія, измѣняющія форму ея просвѣта, что ведетъ къ образованію опредѣленныхъ звуковъ и шумовъ, изъ которыхъ и слагается рѣчь. Такъ, при произнесеніи „А“, полость рта принимаетъ форму расширяющейся кпереди воронки, причемъ языкъ ложится на дно полости рта, а небная занавѣска приподнимается; при произнесеніи „У“ корень языка придвигается къ заднимъ небнымъ дужкамъ; при произнесеніи „И“ корень языка почти вплотную приподнимается къ твердому нёбу. Таково участіе языка при произнесеніи вышеупомянутыхъ гласныхъ буквъ. Но такъ какъ рѣчь слагается изъ гласныхъ и согласныхъ, то для произнесенія нѣкоторыхъ изъ нихъ необходимо также участіе языка. Согласными перваго мѣста артикуляціи (губными) считаются б, п, ф, в, м, въ произношеніи которыхъ роль языка минимальна. Согласными второго мѣста артикуляціи (язычными) — т, д, (взрывныя) — с, з, ш, ж, ч, л (проторныя) и наконецъ р — дрожательный звукъ.

Конечно, отсутствіе языка должно отзываться и на произнесеніи согласныхъ третьяго мѣста артикуляціи — мягконебныхъ,

---

1) *Dionisius Gothofredus.* Randbem. z. d. 12 Büchern des Justinian. codex.

взрывныхъ — к, г, проторныхъ—х, и дрожательнаго мягконёб-наго—р.

Такимъ образомъ при удаленіи языка произнесеніе выше перечисленныхъ гласныхъ и особенно язычно-твердо-согласныхъ должно было бы совершенно отсутствовать.

Однако, этотъ актъ, какъ указываютъ давнишнія наблюденія [1]) и позднѣйшія проф. *Л. Л. Левшина*, *Н. В. Склифосовскаго* и дру-гихъ, а равно и нашъ случай, только затрудняется, но не выпа-даетъ совершенно.

Послѣднее объясняется тѣмъ, что всл. сокращенія mm. stilohyoidei hyoglossi и остатковъ genioglossi, дно полости рта мо-жетъ до нѣкоторой степени подниматься кверху и благодаря этому замѣнять отсутствующій языкъ.

Что же касается до оперативной техники вырѣзанія языка, то несомнѣнно, что при удаленіи этого органа всѣ наши усовер-шенствованія должны теперь стремиться къ тому, чтобы во 1-хъ по мѣрѣ силъ обезпечить больного отъ возвратовъ болѣзни, а во 2-хъ, что имѣетъ весьма большое значеніе для самочувствія и психики больного, не нарушать акта глотанія и весьма возмож-наго возвращенія рѣчи. Послѣднее, какъ мы только что говорили, въ значительной степени зависитъ отъ того, цѣлы ли мышцы, образующія дно полости рта. Что же касается до перваго усло-вія, то весь центръ тяжести лежитъ въ раціональномъ и возможно тщательномъ удаленіи лимф. железъ. Какъ извѣстно большинство возвратовъ при ракѣ языка наступаетъ не въ рубцахъ, а въ лимф. железахъ. Такъ, изъ 69 случ. рака языка изъ клин. проф. *Kocher*'а въ 57 были заражены железы. Надо кромѣ того замѣтить, что пораженія лимф. железъ при ракѣ идетъ не такъ, какъ на это до сихъ поръ указывали анатомо-топографическія изслѣдованія. Клиника дала иное. Въ этомъ отношеніи весьма большой прак-тическій интересъ имѣетъ работа *Küttner*'а [2]), изслѣдовавшаго пути распространенія рака собственно при ракѣ языка. Вотъ вкратцѣ выводы изъ его работъ:

1) Языкъ чрезвычайно богатъ лимф. сосудами. 2) Лимфат. сосуды каждой изъ половинъ его переходятъ и на противоположную сторону. 3) Какъ для слизистой оболочки, такъ и для болѣе глубокихъ слоевъ, пред-назначены одни и тѣ же пути. 4) Отводящихъ лимф. путей очень много; перекрещиваются ли они всегда—неизвѣстно. Но надо замѣтить, что между

обоими m. genioglossi находится лимф. стволики, принимающіе лимфу съ обѣихъ сторонъ (это подтвердилось и у насъ при операціи). 5) За лимф. железы языка *Küttner* принимаетъ: gland. submaxill. cervicales profundae, linguales и железы, заложенныя между musculi genioglossi. По мнѣнію *K.* главныя лимф. железы лежатъ на яремной венѣ на мѣстѣ дѣленія общ. сонной артеріи, а отъ послѣднихъ могутъ быть налиты всѣ глубокія шейныя железы до основанія черепа и лежащія надъ ключицей. 6) Онъ допускаетъ непосредственное соединеніе между лимф. сосудами языка и надключичными железами. 7) Gland. submentales и железы у нижн. полюса gl. parotis, а равно и gl. cervicales superficial. не принадлежатъ, согласно его изслѣдованіямъ, къ лимф. системѣ языка; однако онѣ имѣютъ соединеніе съ подчелюстными и шейными железами. 8) Сосѣдніе органы (дно рта) имѣютъ ту же лимф. систему, какъ и языкъ за исключеніемъ небной занавѣски, имѣющей свои железы подъ gl. parotis.

Что же касается до удаленія подчелюстныхъ *слюнныхъ железъ*, которыя раньше оставлялись, то въ виду того, что при ракѣ языка могутъ заболѣвать лимф. железы, заложенныя между дольками подчелюстной железы, должно считать удаленіе ихъ вполнѣ раціональнымъ актомъ.

Итакъ, при вырѣзаніи рака языка во 1-хъ необходимо удалять также и железы, хотя бы онѣ и казались не увеличенными, а именно: обѣ gl. submaxillares, gl. cervicales profundae, начиная съ мѣста развитія сонной арт., linguales и железы, заложенныя между m. m. genioglossi, причемъ удаленіе должно производиться снизу вверхъ и съ обѣихъ сторонъ. Во 2-хъ цѣлость мышцъ, составляющихъ дно полости рта, должна быть по возможности не нарушаема.

Привожу вкратцѣ исторію болѣзни. Больной А. Б., 62 л., поступилъ въ клинику съ жалобой на болѣзненную изъязвленную опухоль лѣв. половины языка. Страданіе началось изъязвленіемъ, образовавшимся 8 мѣс. назадъ отъ царапины зубомъ. Опухоль занимаетъ почти весь языкъ, не доходя немного до корня, и расположена преимущественно съ лѣв. стороны. Дно рта и небныя дужки свободны. Лимф. железки, плотныя мало подвижныя, имѣются какъ справа, такъ и слѣва. Больной послѣднее время значительно похудѣлъ, но не представляетъ кахектика; вѣсъ 4 п. 10 ф.

Внутр. органы, за исключеніемъ печени, увеличенной на ширину 2-хъ пальцевъ, и давнишняго бронхита легкихъ—нормальны.

Лѣченіе іодистымъ натромъ не принесло видимаго улучшенія, въ виду чего послѣ тщательной очистки и подготовки полости рта была произведена 25 янв. операція. Двумя широкими полулунными разрѣзами, идущими отъ середины подбородка нѣсколько ниже подъязычной кости и оттуда къ сосцевиднымъ отросткамъ, были обнажены подчелюстныя области обѣихъ сторонъ. Обѣ язычныя артеріи и вены перевязаны, а съ лѣвой стороны

кромѣ того перевязана art. thyreoidea sup., затѣмъ, какъ съ лѣвой такъ и съ правой стороны, удалены лимф. железы, начиная отъ мѣста развѣтвленія общ. сонной арт.; вмѣстѣ съ ними попутно удалены обѣ подчелюстн. железы. Съ прав. стороны железъ оказалось больше, чѣмъ съ лѣвой. Впереди около gl. parotis пораженныхъ железъ не отмѣчено. Затѣмъ обѣ подчелюстныя области были затампонированы по *Mikulicz*'у и зашиты; языкъ удаленъ весьма свободно черезъ поперечный щечный разрѣзъ, причемъ слизистая оболочка послѣдняго была прожжена у корня языка, сзади papil. circumval. и затѣмъ онъ изсѣченъ ножницами. Кровотеченіе было минимальное. Дефектъ, образовавшійся на днѣ полости рта былъ зашитъ узловатыми швами, причемъ слизистую оболочку съ боковъ пришлось отпрепарировать.

Концы всѣхъ швовъ выведены наружу и укрѣплены отчасти на зубахъ, отчасти на щекѣ (липкимъ пластыремъ). Затѣмъ рана щеки зашита—слизистая оболочка непрерывно, а кожа узловатыми швами.

Послѣ операціи самочувствіе больного удовлетворительно. Первые 2 дня—питательныя клизмы, а затѣмъ кормленіе чрезъ зондъ. На 6-й день сняты всѣ кожные швы, а на 8-й со слизистыхъ оболочекъ. На 10-й день кормленіе черезъ зондъ оставлено, и больной сталъ ѣсть жидкую пищу самъ. На 12-й день отмѣчено, что рѣчь стала вполнѣ удовлетворительной. Черезъ 3 же недѣли больной сталъ говорить, какъ вполнѣ здоровый человѣкъ.

Дозволено цензурою. Москва, 18 апрѣля 1901 г.

Поставщикъ Двора Его Величества Т-во Скоропечатни А. А. Левенсонъ. Тверская, Мамоновскій переулокъ, собств. домъ.